

関節ファシリテーション(SJF) 学会 入会申込書

令和 年度の入会を申し込みます。

申し込み日 年 月 日

*ふりがな		*性別	男・女	*職種	PT	OT
*氏名			*生年月日			
出身校			*免許取得	西暦	年	

*勤務先			*所属			
*郵便番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ふりがな						
*住所						
*電話番号			FAX			
E-mail						

郵便番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ふりがな						
自宅住所						
電話番号			携帯電話			
*E-mail						

* 郵便物の送り先 (勤務先 ・ 自宅 ・ その他) 名簿の記載(勤務先 ・ 自宅←住所は記載されません)

本会への意見、希望など

SJF技術研修会を受講された方

基礎コース 受講地区

応用コース 受講地区

※ 注意事項

*印の欄は必ず記入してください。

郵便物の送り先、名簿の記載の欄は希望する方を○で囲んで下さい。

会員名簿発行の際、連絡先として勤務先を掲載しますが、不都合な場合は意見の欄にご記入ください。

郵便物の送り先を指定される場合(その他)郵送先を希望の欄に明記してください。

「名簿の記載」に自宅とされた場合は、発行される会員名簿には、氏名のみで住所は記載されません。

免許取得年は西暦で記入してください。

勉強会・研修会のご案内をする際はE-mailを使用させていただきます。

